

UNIVERSITE DE GENEVE
Département de médecine
Division de pneumologie

FACULTE DE MEDECINE
Professeur Alex F. MULLER
Docteur Alain JUNOD, privat-docent

**COEXISTENCE D'UNE STENOSE
DES VOIES AERIENNES SUPERIEURES
ET D'UNE MALADIE PULMONAIRE OBSTRUCTIVE**

THESE

présentée à la faculté de médecine de l'Université de Genève
pour obtenir le grade de docteur en médecine —

par

Vladimir VELEBIT
—

de

Yougoslavie

Thèse No 3698

Texte condensé de la thèse No 3698, approuvée par la faculté de médecine. Des copies en microfilms du texte complet peuvent être obtenues auprès de la Bibliothèque publique et universitaire de Genève. Le texte complet peut être consulté à cette bibliothèque ou à la Bibliothèque nationale suisse à Berne.

GENEVE
Editions Médecine et Hygiène
1978
—

UNIVERSITE DE GENEVE
Département de médecine
Division de pneumologie

FACULTE DE MEDECINE
Professeur Alex F. MULLER
Docteur Alain JUNOD, privat-docent

**COEXISTENCE D'UNE STENOSE
DES VOIES AERIENNES SUPERIEURES
ET D'UNE MALADIE PULMONAIRE OBSTRUCTIVE**

THESE

présentée à la faculté de médecine de l'Université de Genève
pour obtenir le grade de docteur en médecine

par

Vladimir VELEBIT

de

Yougoslavie

Thèse No 3698

Texte condensé de la thèse No 3698, approuvée par la faculté de médecine. Des copies en microfilms du texte complet peuvent être obtenues auprès de la Bibliothèque publique et universitaire de Genève. Le texte complet peut être consulté à cette bibliothèque ou à la Bibliothèque nationale suisse à Berne.

GENEVE
Editions Médecine et Hygiène
1978

La faculté de médecine, sur le préavis du professeur Alex F. Muller et du docteur Alain Junod, privat-docent, autorise l'impression de la présente thèse, sans prétendre par là émettre d'opinion sur les propositions qui y sont énoncées.

Genève, le 12 septembre 1978

Le doyen :
André Cruchaud

Thèse No 3698



Si le retentissement fonctionnel de l'obstruction des voies aériennes supérieures (OVAS) a été maintenant bien analysé, avec la mise en évidence de certains critères diagnostiques tels que la forme des courbes débit-volume inspiratoire et expiratoire, aucune étude n'a encore été consacrée aux problèmes posés par la coexistence d'une sténose trachéale et d'une maladie pulmonaire obstructive sous-jacente. La présence de cette dernière va-t-elle interférer avec la présentation physiopathologique habituelle de l'OVAS pour en rendre le diagnostic difficile, voire impossible ? Est-il possible de distinguer la part relative de ces deux processus pathologiques par l'analyse des fonctions pulmonaires ? Quels seraient, en ce cas, les tests qui permettraient le mieux de répondre à ces questions ? Ce problème est loin d'être académique puisqu'une bonne indication opératoire ne doit pouvoir être posée que si l'on est à même de prédire, avec un degré raisonnable de certitude, le bénéfice fonctionnel résultant d'une telle intervention.

A partir de l'analyse de 9 cas récents de OVAS, je vais essayer de définir les conditions dans lesquelles un tel diagnostic différentiel peut être posé et comment OVAS et bronchopneumopathie obstructive peuvent coexister et influencer mutuellement leur expression fonctionnelle.

MATERIEL ET METHODES

Ces neuf patients, âgés de 32 à 77 ans, ont eu des examens clinique et radiologique (y compris celui de la trachée), une bronchoscopie et une étude fonctionnelle pulmonaire complète comprenant: les volumes pulmonaires mesurés par pléthysmographie, la mécanique ventilatoire (manoeuvres expiratoires et inspiratoires forcées,

TABLEAU 1

PATIENT	DATE	Cap. Vit.	Cap. Rés. Fonct.	Vol. Rés.	Cap. Tot.	VEMS	VEMS Cap.vit forcée
		%	%	%	%	ml	%
1	08.09.75	64.4	182	261	133	780	36.4
	24.09.75	73	134	158	103	805	35.6
2	15.01.76	104	113	96	101	2335	56.3
3	20.07.76	111	123	94	104	2355	61.8
4	18.01.78	59	85	120	78	1900	72
	31.05.78	88	85	84	87	3210	71
5	25.02.76	77	151	187	122	1145	77.7
6	26.09.77	56	144	189	94	790	27
	25.10.77	63	100	118	78	2750	90
7	18.03.76	76	94	107	89	1435	55.1
	31.03.76	112	98	98	106	2420	65.4
8	23.10.75	66	103	119	83	1645	76
	18.02.76	85	132	129	99.6	1170	41.9
9	26.11.75	107	89	105	106	2020	74
	17.03.76	95	98	112	101	2190	78.8

Cond. Spec.	Phase III % N ₂ / l	Faits saillants
0.03	-	-Status lors de la découverte du cylindrome
0.07	-	-Pas d'amélioration de la dyspnée mais augmentation de la conductance
0.04	4.0	-Goitre plongeant
0.08	8.0	-Goitre plongeant
0.10	7.0	-Surinfection bronchique sévère; mise en évidence d'un anneau trachéal Ø 12 mm
0.11	1.7	-Désinfection bronchique
0.10	12.0	-Carcinome de la thyroïde, sténosant la trachée
0.04	7.0	-Signes cliniques de bronchite
0.15	3.0	-Status post chirurgical, auscultation normale
0.07	3.0	-Lymphome avec compression voies aériennes
0.12	2.0	-Status après irradiations
0.21	2.0	-Status pré-sténose, normal
0.05	2.0	-Sténose sous-glottique serrée
0.09	3.0	-Status préopératoire
0.12	4.5	-Status postopératoire

tion.

Il faut cependant se garder de formuler un diagnostic définitif à partir du résultat donné par la mesure de la phase III: les patients Nos 4 et 6, par exemple, ont présenté des troubles réversibles de la distribution de la ventilation; dans ces deux cas, une bronchite sévère accompagnait les anomalies du plateau alvéolaire. Il est tentant de spéculer que le développement de ces infections bronchiques ait été favorisé par la présence d'un processus sténosant pathologique, engendrant un défaut dans l'élimination des sécrétions bronchiques.

CONCLUSION

L'analyse détaillée des tests de fonctions pulmonaires, dans les cas de coexistence des OVAS et des maladies pulmonaires obstructives, permet donc de distinguer les influences mutuelles d'une maladie sur l'autre: la concavité supérieure de la courbe débit-volume et l'atteinte de la distribution de la ventilation parlant pour une atteinte périphérique généralisée, alors que la décapitation des débits élevés et un abaissement excessif de la conductance spécifique suggèrent une OVAS. L'attention est attirée sur le caractère réversible possible des atteintes du plateau alvéolaire, ou phase III.

